

Ansprechpartnerin: Martina Lanwehr

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

gemäß der Nr. 42 der Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses

Genehmigung der KV _____ liegt vor (Bescheid bitte beilegen)

1. Allgemeine Angaben (Praxis, Ermächtigung, ärztliche Leitung des MVZ)

Titel	Vorname	Name	LANR (Arzt-Nr.)
Name der Einrichtung			BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

2. Die Antragstellung erfolgt

für mich persönlich (Im Arztregister bereits eingetragen, dann weiter auf Seite 2)

für

Titel	Vorname	Name	LANR (Arzt-Nr.)
-------	---------	------	-----------------

3. Zusätzliche Angaben (wenn noch nicht im Arztregister eingetragen)

Fachgebiet	Schwerpunkt
<input type="checkbox"/> niedergelassen (zugelassen), <input type="checkbox"/> angestellt, <input type="checkbox"/> ermächtigt seit: _____ Datum	

4. Ort der Leistungserbringung:

Betriebsstätte Nebenbetriebsstätte¹ ausgelagerte Praxisstätte²

5. Kontaktdaten:

Anschrift der Praxis/ des MVZ/ des Krankenhauses bzw. des Wohnortes³

Tel./Fax/E-Mail

¹ Hinweis: Genehmigung der KVMV erforderlich

² Hinweis: Anzeigepflicht bei der KVMV

³ solange keine Dienstanschrift vorhanden ist

6. Beantragte Leistungen (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- CT-Koronarangiographie (CCTA) gemäß der Nr. 42 der Anlage I der MVV-RL (GOP 34370 EBM)
- Interdisziplinäre Fallkonferenz nach erfolgter CT-Koronarangiographie (GOP 34371 EBM)

7. Fachliche Befähigung (Zutreffendes bitte ankreuzen und Nachweise beifügen)

- Nachweis über die selbständige Befundung der CCTA in 150 oder mehr Fällen und selbständige Durchführung der CCTA in 50 oder mehr Fällen jeweils vor Inkrafttreten der Nr. 42 der Anlage 1 MVV-RL
- oder
- Nachweis über die selbständige Befundung der CCTA in 150 oder mehr Fällen und selbständige Durchführung der CCTA in 50 oder mehr Fällen jeweils vor Inkrafttreten der Nr. 42 der Anlage 1 MVV-RL
 - Fachkunde im Strahlenschutz für CT und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz

8. Apparative Ausstattung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Zum Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 11 Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie sind (ggf. pro Gerät) folgende Bescheinigungen vorzulegen:

- Gewährleistungsgarantie des Herstellers des Computertomographen (die eingesetzten Computertomographen haben mindestens 64 Detektorzeilen aufzuweisen)
- Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung (nicht älter als 5 Jahre)
- Anzeigebestätigung über die Inbetriebnahme der Röntgeneinrichtung der zuständigen Behörde nach StrlSchG oder Kopie der Anzeige der Inbetriebnahme einer Röntgeneinrichtung bei der zuständigen Behörde

Jede wesentliche Veränderung an der Apparatur sowie Änderungen der behördlichen Genehmigungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Bitte benennen Sie die Geräte, damit wir unsere Informationen auf Aktualität überprüfen können:

1. _____
Hersteller, Bezeichnung, Geräte-Nummer, Baujahr
Standort: Hauptstandort Nebenbetriebsstätte Apparategemeinschaft*

Adresse des Gerätestandorts (wenn nicht Hauptstandort)

2. _____
Hersteller, Bezeichnung, Geräte-Nummer, Baujahr
Standort: Hauptstandort Nebenbetriebsstätte Apparategemeinschaft*

Adresse des Gerätestandorts (wenn nicht Hauptstandort)

* Wenn Geräte im Rahmen einer Apparategemeinschaft genutzt werden, wird zusätzlich die schriftliche Bestätigung des Geräteeigentümers benötigt.



Ansprechpartnerin: Martina Lanwehr

Erklärung des Antragstellers/der Antragstellerin

Ich habe die Voraussetzungen hinsichtlich der Indikation nach § 2 der Nr. 42 der Anlage I zur MVV-RL zur Kenntnis genommen:

Die CCTA darf zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden bei Patientinnen und Patienten, bei denen nach Bestimmung einer Vortestwahrscheinlichkeit (VTW) von mindestens 15 % weiterhin der Verdacht auf eine chronische koronare Herzkrankheit (cKHK) besteht oder wenn die Durchführung der CCTA im Zusammenhang mit einem bereits geplanten operativen Eingriff am Herzen unabhängig von der Feststellung oder Behandlung einer cKHK zum Abschluss cKHK medizinisch notwendig ist.

Ich habe die Eckpunkte der Qualitätssicherung zur Prozessqualität nach § 3 der Nr. 42 der Anlage I zur MVV-RL ebenfalls zur Kenntnis genommen und verpflichte mich zur Einhaltung dieser.

Ich werde alle Auskünfte erteilen und alle erforderlichen Unterlagen vorlegen, die die Kassenärztliche Vereinigung zur Überprüfung ihrer sicherzustellenden und zu gewährleistenden Tätigkeiten benötigt. Mir ist bekannt, dass die KVMV die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der Praxis/Einrichtung daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung entsprechen. Hierzu gebe ich mein Einverständnis.

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit aller vorstehenden Angaben.

_____ Datum _____ Unterschrift Leistungserbringer/in _____ ggf. Stempel

Bei angestellten Ärzten:

_____ Datum _____ Unterschrift anstellende/r Ärztin/Arzt bzw. Ärztliche/r Leiter/in des MVZ _____ Stempel